**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ**

**ΑΜ**

**Επώνυμο**

 Παρακαλώ να μου χορηγήσετε ειδική άδεια αιμοδοσίας ……..…………………. ημέρων από …………………………… μέχρι και ………………………..

………..……………………………………………………………

Συνημμένα υποβάλλω: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Όνομα**

**Παρακαλώ να**

**Πατρώνυμο**

**Μητρώνυμο**

**Κλάδος**

**Ειδικότητα**

**Οργ. Θέση**

**Υπηρέτηση**

**Διεύθυνση**

**Τηλ. Κινητό**

**Τηλ. Σταθερό**

**e-mail**

**Θέμα**

**Χορήγηση ειδικής άδειας αιμοδοσίας**

**Ημερομηνία**

 Ξάνθη ………….. / ………….. / 20……..

 **Ο/Η Αιτών / ούσα**

 **(Υπογραφή)**